DISSERTATION

N° 3.

SUR

LES ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES

DE L'ESTOMAC;

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 8 janvier 1820, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR AUGUSTE PICHON, de Chartres,

Département d'Eure-et-Loir;

Bachelier ès-lettres; ex-Chirurgien aide-major.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1820.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, Doyen.
M. BOURDIER.
M. BOYER.
M. CHAUSSIER, *Examinateur.*
M. CORVISART.
M. DEYEUX.
M. DUBOIS, *Examinateur.*
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT, *Examinateur.*
M. PELLETAN
M. PERCY, *Président.*
M. PINEL, *Examinateur.*
M. RICHARD, *Examinateur.*
M. THILLAYE.
M. DES GENETTES.
M. DUMÉRIL.
M. DE JUSSIEU.
M. RICHERAND.
M. VAUQUELIN.
M. DESORMEAUX.
M. DUPUYTREN.
M. MOREAU.
M. ROYER-COLLARD.
M. BÉCLARD.
M. MARJOLIN.
M. ORFILA.

Par délibération du 9 décembre 1798 l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR DES PÈRES,

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Faible récompense de tant de sacrifices ! Témoignage d'amour filial.

A. PICHON.

AU MEILLEUR DES PIRATES.

A LA PLUS TENDRE DES MERES.

Faible récompense de mon de sentiment d'amour filial.

A. PICHON.

DISSERTATION

SUR

LES ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES

DE L'ESTOMAC.

ALTÉRATIONS DE TISSU.

LÉSIONS MÉCANIQUES.

SOLUTION DE CONTINUITÉ.

1.° *Plaies.*

Les plaies de l'estomac doivent être fréquentes. *Hévin*, dans un mémoire qui se trouve parmi ceux de l'académie de chirurgie, rapporte un assez grand nombre d'exemples de plaies de l'estomac qui n'ont point été suivies de la mort. *Coghlan* dit qu'un homme ayant reçu un coup d'épée dans l'épigastre, les alimens sortirent tout à coup par la plaie; de violens vomissemens survinrent; cependant le blessé guérit parfaitement. *Lesser* donne l'observation d'un homme frappé par un couteau dans la région épigastrique;

la guérison eut lieu comme dans le cas précédent. J'ai connu en Allemagne un voltigeur du cent onzième de ligne, qui fut blessé à la région épigastrique par une de ces épées qu'on nomme *carrelet :* les alimens et les boissons que le voltigeur avait pris avant d'être blessé sortirent par la plaie. Après bien des accidens, il finit pourtant par guérir.

2.° *Fistules.*

Tout le monde connaît l'observation de cette fistule stomacale, suite d'une chute sur la région épigastrique, décrite avec tant de soin par M. le professeur *Richerand* dans sa physiologie. Je vais en rapporter ici une observation recueillie, comme presque toutes les autres observations contenues dans cette thèse, à l'hôpital Cochin, où je fis long-temps le service sous M. *Bertin.*

La nommée Delaire, âgée de cinquante-huit ans, d'une constitution assez bonne; d'ailleurs mélancolique, et ayant subi à l'âge de trente ans l'extirpation d'une glande squirrheuse au sein droit, éprouvait depuis trois ans une douleur sourde, souvent même insupportable à la région épigastrique, à deux doigts environ au-dessous de l'appendice xiphoïde ou sternale. La malade mangeait peu, et dépérissait. Quelquefois cette douleur cessait, et la malade semblait se rétablir un peu; mais des imprudences dans le régime ramenaient les accidens, qui devinrent bientôt stationnaires. Quelques mois auparavant son entrée à l'hôpital Cochin, elle se frappa contre un morceau de bois aigü, à la région ombilicale. Aussitôt elle éprouva une douleur vive; on aperçut un peu de tuméfaction que la malade négligea ; une tumeur dure, immobile, envahit l'ombilic, et même s'étendit à un pouce au-dessus de cette région. Son accroissement fut insensible, la rougeur qu'elle offrait dans le commencement de son apparition se dissipa; cette tumeur était peu douloureuse. Cependant, rarement à la vérité, quelques douleurs lancinantes et fugaces la traversaient. Lorsque je la vis pour la première fois, la figure était jaune pâle, amaigrie; ses yeux

étaient caves et tristes. Son corps était en général d'une maigreur excessive ; le pouls petit, serré, quelquefois insensible ; la tumeur de l'ombilic dure, inégalement bosselée, immobile, beaucoup plus douloureuse qu'avant son entrée ; la malade en avait la plus grande inquiétude. Cette femme, qui avait eu déjà des vomissemens, mais éloignés, en eut alors de très-rapprochés et de très-fatigans. Au bout de quinze jours de séjour environ, la malade se trouvait toujours à peu près dans le même état; lorsqu'elle sentit des douleurs vives, lancinantes, dans la tumeur, qui s'accrut beaucoup. J'appliquai un cataplasme émollient et opiacé; les douleurs augmentaient sans cesse. Je continuai pendant deux ou trois jours les applications émollientes et calmantes, et je trouvai que cette tumeur offrait un peu de fluctuation. Les choses étaient dans cet état lorsque la malade me fit appeler un jour pour me dire qu'elle s'était sentie tout à coup mouillée, et qu'elle baignait de toute part dans une grande quantité de liquide. Je trouvai l'appareil qui couvrait sa tumeur mouillé par les boissons qu'elle venait de prendre, j'enlevai l'appareil, et je vis que la tumeur s'était ouverte. L'ouverture avait un pouce d'étendue dans son plus grand diamètre; ses bords étaient frangés, le volume de la tumeur n'était pas pour cela diminué. Il était on ne peut plus facile de s'assurer que cette ouverture communiquait avec l'estomac, puisque les boissons sortaient aussitôt qu'elles étaient prises. Je fermai cette ouverture avec de la charpie, et je couvris cette charpie avec un morceau de taffetas gommé et quelques compresses. Les boissons et les alimens sortaient toujours, et peu servaient à la nutrition. Cette malheureuse femme vécut vingt-six jours dans cet état, et mourut dans un marasme effrayant.

Ouverture du cadavre. J'incisai crucialement la tumeur, et je vis que les muscles, le péritoine, l'estomac, ne formaient qu'une seule masse de consistance noirâtre, et d'une très-grande fétidité à l'endroit de la rupture ; il me fut impossible d'enlever l'estomac

sans les tégumens et les muscles de la paroi antérieure de l'abdomen, auxquels l'estomac était intimement adhérent dans toute l'étendue de sa face antérieure. Cet organe descendait au-dessous de l'ombilic ; l'orifice pylorique et cardiaque étaient parfaitement sains ; mais ce qui ne l'était pas, c'est le bas-fond. Dans ce point, l'estomac était horriblement malade, épaissi, désorganisé ; dans le point correspondant à la tumeur, il me fut impossible de distinguer l'estomac des parties avec lesquelles il faisait masse. La peau qui recouvrait la tumeur était amincie, mais on pouvait encore facilement la détacher. Au-dessous on trouvait une substance noirâtre sans organisation, dure dans les endroits qui n'avaient point subi de rupture, ramollie et diffluente à l'endroit de la rupture, et faisant corps avec l'estomac.

Il est bien facile de voir, par les détails renfermés dans cette observation, que le coup que la malade reçut à l'ombilic ne fit que hâter le développement de l'affection organique, à laquelle cette malheureuse femme aurait dû tôt ou tard succomber. Il est, ce me semble, raisonnable de dire qu'il y eut une véritable fistule gastrique ; mais le coup ne la détermina pas seul, comme dans l'observation de M. le professeur *Richerand*.

3.° *Perforation spontanée.*

C'est à M. le professeur *Chaussier* que nous devons les observations les plus multipliées de perforations spontanées, et les considérations les plus précieuses sur ce genre d'altération. J'en ai recueilli quelques exemples à son cours, mais en voici particulièrement un que j'ai vu avec attention.

Une femme mourut à la Bourbe, dans le cours d'une fièvre puerpérale. Le cadavre est ouvert : tout est sain dans la tête et le thorax ; mais on trouve à la face diaphragmatique de l'estomac une perforation de trois pouces environ dans le plus grand diamètre et d'un pouce de hauteur. Les bords de l'ouverture étaient

minces, pulpeux, enduits d'une matière muqueuse brunâtre, douce au toucher, sans odeur fétide. La membrane muqueuse n'était ni rouge, ni tuméfiée aux environs. La connaissance de ces perforations spontanées est de la plus haute importance en médecine légale.

Quels sont les caractères distinctifs de ces perforations d'avec celles qui résultent de l'action d'un poison ? Nous avons, dans l'observation précédente, donné les caractères distinctifs des perforations spontanées ; rappelons ici ceux qui appartiennent aux perforations occasionnées par les poisons âcres caustiques. Cette classe de poisons seule a la funeste propriété de perforer l'estomac. On trouve ordinairement des traces matérielles de l'action de ces poisons. La couleur des parties touchées par l'acide nitrique est jaune, noire par l'acide sulfurique. Les bords de la perforation sont plus épais que dans l'état physiologique de l'organe; tandis que dans la perforation spontanée, l'action ulcératrice semble avoir insensiblement détruit la membrane folliculaire, ensuite la musculeuse : la péritonéale est la dernière affectée. Aussi trouvons-nous les bords amincis, sans tuméfaction, sans épaississement. Cette altération offre les caractères d'un travail organique bien opposé à ceux qui résultent d'une destruction purement chimique. C'est surtout dans le mémoire de M. le professeur *Chaussier* qu'on trouve des faits précieux. Il y en a aussi un grand nombre dans la thèse de M. *Morin*.

4.° *Perforation suite d'affection organique.*

Observation *d'une péritonite chronique avec perforation de l'estomac et phthisie.*

Catherine Chanson, âgée de vingt-cinq ans, d'une constitution assez faible, d'un tempérament lymphatique et sanguin, avait joui dans sa jeunesse d'une bonne santé. Ses règles parurent à treize ans et marchèrent assez régulièrement pendant quelques mois;

bientôt la menstruation devint irrégulière. Cette jeune femme se maria à vingt-trois ans, et eut deux enfans, qu'elle nourrit elle-même. Il y a deux ans qu'au commencement de sa deuxième grossesse elle éprouva une douleur aiguë au-dessous des côtes asternales droites. Cette douleur persista pendant toute la grossesse; après l'accouchement, qui s'est terminé sans aucun accident, la douleur a disparu. Un mois et demi après, la malade fut affectée d'une petite vérole confluente qui a parcouru toutes ses périodes régulièrement. La douleur au-dessous des fausses côtes reparut; un vésicatoire appliqué la fit disparaître, elle revint au côté gauche. Elle fut de nouveau dissipée par un autre vésicatoire, et la malade reprit ses occupations accoutumées. Mais au bout de quelques temps elle sentit la douleur au côté gauche, et en même temps quelques douleurs au ventre, qui devint plus volumineux. La malade resta environ six mois dans cet état. Après douze jours il survint du dévoiement après l'administration d'un drastique violent conseillé par un charlatan. Depuis cette époque, les forces diminuèrent, les douleurs de ventre augmentèrent. La malade se fit transporter à l'hôpital Cochin le 22 février 1818 : voici quel était son état.

Face amaigrie, pommettes un peu colorées, le reste de la figure est jaune, la peau chaude et sèche, le pouls fréquent, régulier, un peu dur. Respiration libre, toux assez fréquente, surtout le soir; expectoration abondante d'une matière filante, demi-transparente; crachats jaunâtres, opaques, arrondis. Le thorax résonne médiocrement; la langue est un peu jaunâtre et rouge à la pointe, le ventre ballonné, arrondi, douloureux à la pression, surtout près de l'ombilic. On y sent par le toucher une tumeur circonscrite, douloureuse, du diamètre d'une pièce de cinq francs; au-dessous des fausses côtes droites on sent aussi une fluctuation assez marquée. La malade a une ou deux selles par jour. Appétit et soif modérés, sommeil court. L'état ne changea point le 24 et le 25 février. Le 26, la malade a des coliques très-fortes; la face est

colorée le soir, la langue rouge aux bords et à la pointe, trois selles dans la journée. Du 27 février au 3 mars, diarrhée, coliques, fièvre le soir, pommettes colorées.

Le 12 mars, diminution du dévoiement, rougeur de la langue, cessation des coliques. Du 13 au 28, alternatives de diarrhée et de constipation, peau chaude, pouls petit, serré et fréquent ; douleur extrême du ventre vers la région hépatique, amaigrissement considérable de la face. Du 28 au 31 mars, diarrhée, coliques, mort subite.

Ouverture du cadavre. Amaigrissement porté jusqu'au marasme ; point d'infiltration ; *tête* saine ; *poumons* tuberculeux.

Abdomen. Les parois abdominales adhéraient de toutes parts aux intestins, au moyen d'une fausse membrane parsemée de petites masses d'une matière jaune, granulée et assez molle. Cette membrane réunissait intimement les intestins entre eux, de manière à ne pouvoir les séparer. La face antérieure de l'estomac était recouverte par le lobe gauche du foie. En détruisant l'adhérence légère qui unissait ces deux parties, on découvrait sur la face antérieure de l'estomac, et près du pylore, une ouverture ronde de la largeur d'une pièce de dix sous : aux environs de cette ouverture, les membranes séreuses et musculaires de l'estomac étaient corrodées, et en partie détruites. On pouvait d'autant plus soupçonner que cette ouverture résultait d'un ramollissement d'un tubercule développé qu'on en remarquait trois ou quatre logés, en quelque sorte, dans la paroi antérieure de l'estomac. La surface interne d'une partie de l'intestin offrait une rougeur foncée ; le reste était pâle et sans altération. Le foie était d'un assez petit volume, et adhérait de tous côtés au diaphragme, en partie par des brides couenneuses, en partie par une matière tuberculeuse disposée en plaques. Une partie était en outre recouverte d'une espèce de matière purulente qui semblait annoncer une inflammation plus récente.

Voici encore une observation de perforation de l'estomac. Un Allemand, nommé Boëtmand, mécanicien, âgé de trente-un ans,

d'une assez bonne constitution, s'était toujours bien porté, lorsque, pour réparer des malheurs arrivés dans ses affaires, il passa d'un excellent régime aux privations de tous genres, et fit usage de mauvais alimens, mal préparés. Au bout de quelques mois, les digestions devinrent laborieuses; bientôt cet homme eut des douleurs à l'épigastre, qu'il négligea, et continua son genre de vie. Des hoquets et des vomissemens fréquens survinrent un quart d'heure ou une demi-heure après l'ingestion des alimens. On employa un traitement antiphlogistique délayant; mais un vomitif qu'on administra augmenta la douleur à l'épigastre sans amener de vomissemens. Le lendemain, le médecin qui le soignait, mécontent du peu d'action du vomitif, prescrivit une potion purgative. Le malade, désespéré de ne point guérir, but et mangea à son ordinaire; mais son état empira tout à coup, et il fut transporté à l'Hôtel-Dieu.

La face était plombée, terreuse, amaigrie; les yeux saillans, les lèvres et la langue pâles; hoquets presque continuels et fétides; la région épigastrique et hypochondriaque gauche étaient douloureuses à la pression; la soif continuelle; l'ingestion des liquides ne pouvait se faire que goutte à goutte; sans cela, le malade les vomissait. Il était constipé; la respiration lente et facile, pouls petit et faible, peau sèche et rugueuse. Mais tout d'un coup il perdit connaissance, délira, et mourut

Ouverture du cadavre. La tête et la poitrine sont saines; elles contiennent moins de sang qu'on n'en rencontre ordinairement.

Abdomen. L'estomac était adhérent au foie : on ménagea ces adhérences, et on enleva le foie et l'estomac pour les examiner ensemble. La grande courbure de ce dernier viscère étant incisée, on vit sur la paroi antérieure, supérieure ou hépatique, à un pouce du pylore, et non loin de la petite courbure, une ouverture elliptique, dont le grand diamètre, dirigé transversalement, avait deux pouces, et le petit diamètre un pouce et demi. Cette altération intéressait toute l'épaisseur de la paroi stomacale, en sorte

qu'il y avait là une perte de substance, une véritable perforation ; mais de telle manière, que les membranes, usées inégalement les unes par rapport aux autres, formaient trois lignes superposées, concentriques et décroissantes. Ainsi la tunique muqueuse offrait la plus grande perte de substance ; la musculeuse en présentait une moins considérable; et la tunique séreuse une moins considérable encore. Chacune de ces membranes était épaissie, leur tissu blanc, dense, lardacé, cancéreux.

Le contour de la perforation, formée par la tunique péritonéale, avait contracté des adhérences avec le foie ; adhérences qui ne permettaient pas aux liquides de s'épancher dans l'abdomen. Le foie complétait, par une partie de sa face inférieure, la paroi perforée de l'estomac. L'ouverture pylorique était rétrécie ; l'estomac dans ce point était encore épaissi et cancéreux. Le calibre des intestins diminué de beaucoup. Le foie n'offrait rien de remarquable ; cependant, à l'endroit où il complétait la paroi de l'estomac, la séreuse était opaque et légèrement épaissie.

DÉPLACEMENS.

Pipelet a donné un mémoire sur les hernies de l'estomac. *Garengeot* rapporte aussi quelques observations de déplacemens de cet organe. Dans la première observation de *Garengeot*, la hernie était au-dessous de l'appendice sternal; c'est le siége ordinaire de celles qui ont été observées par *Pipelet*. *Garengeot* dit avoir trouvé sur un cadavre une hernie de l'estomac faite à travers les fibres du diaphragme. Pendant la vie les accidens augmentaient dans l'état de vacuité de l'estomac, et diminuaient lorsqu'il était plein. On trouve dans le mémoire de *Pipelet* une observation détaillée de hernie de l'estomac par *Lapeyronie*. Il y a dans le premier volume des Essais de médecine de la société d'Edimbourg une observation du docteur *Lowis* sur une atrophie mortelle, suite de dégoût causé par le déplacement de l'estomac, amené par une

adhérence de l'épiploon dans l'anneau du côté gauche. Ce viscère était tiré de manière que le pylore se portait obliquement en bas, et descendait presqu'au côté droit du nombril.

CORPS ÉTRANGERS INTRODUITS DANS L'ESTOMAC.

1.° *Agissant par leurs propriétés physiques.*

Nous voyons dans le mémoire d'*Hévin*, sur les corps étrangers introduits dans les voies digestives, que des corps très-volumineux et même dilacérans n'ont causé aucun accident funeste. Le forçat de Brest n'est-il pas un exemple étonnant de cette anomalie singulière? Ce malheureux mourut à l'hôpital de Brest en 1774: on trouva dans son estomac des morceaux de bois, des pierres tranchantes, des fourchettes en fer, une cuiller de bois, des morceaux de verre de forme irrégulière, etc. Tarare est encore un exemple de polyphagie plus extraordinaire. Mettez à côté de ces deux observations celle d'un enfant qui mourut après avoir avalé une petite pièce de monnaie, et ce sera une anomalie de plus à ajouter au nombre de celles dont on ne se rendra jamais compte.

2.° *Agissant par leurs propriétés chimiques.*

1.° Ils peuvent exercer leur action directement sur l'estomac sans être absorbés, comme beaucoup de corrosifs, tels que les acides sulfurique, nitrique, etc.

2.° Ils peuvent agir directement, et être en partie absorbés, comme l'émétique et le sublimé.

3.° Ils peuvent enfin être seulement absorbés sans agir localement.

Je vais rapporter une observation d'empoisonnement par le sublimé corrosif.

Marie Mairet, âgée de quarante-trois ans, mariée, ouvrière en linge, entra, le 10 novembre 1817, à l'Hôtel-Dieu, pour se faire

traiter d'un catarrhe vaginal. Elle se plaignait d'une céphalalgie violente, qui céda dans les premiers temps à des bains de pieds ; mais, par la suite, son état devint de plus en plus alarmant : elle éprouvait des douleurs très-fortes dans le bassin. Les bains et les injections ne changèrent rien à son état. Les douleurs augmentèrent à un tel point, qu'elle chercha à s'empoisonner. Il y avait dans la salle une femme attaquée d'exostoses vénériennes, qu'on traitait par le sublimé corrosif, donné en bain, par conséquent à hautes doses. Elle s'empara de la bouteille qui contenait la dissolution, qu'on laissa négligemment près d'elle, avala la liqueur, et vécut quelques heures. Quelque temp saprès l'ingestion du poison, on vint à son lit ; sa figure était cadavéreuse, son corps couvert d'une sueur visqueuse, ses extrémités froides ; à peine pouvait-elle répondre à ce qu'on lui demandait : on lui fit prendre cinq à six blancs-d'œufs, mais elle expira le soir même.

La bouche, le pharynx, l'œsophage n'offraient rien de remarquable ; la muqueuse de l'estomac était boursoufflée, d'un rouge livide, et offrait des escharres d'un pouce de diamètre dans quelques points. On analysa les matières contenues dans l'estomac, et on trouva près d'une once de sublimé.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE STOMO-GASTRIQUE,

Morgagni rapporte, dans sa lettre 29.e, avoir trouvé, sur une paysanne qui mourut d'une gastrite chronique, l'artère stomo-gastrique d'un diamètre plus considérable que d'ordinaire. (*Diametro est longè ampliore quàm soleat.*) Les exemples de ces sortes d'anévrismes doivent être extrêmement rares.

VICE DE CONFORMATION.

Un vice de conformation bien remarquable, c'est l'insertion d'une branche du canal hépathique dans l'estomac. On a vu cet organe présenter un rétrécissement très-marqué à sa partie moyenne.

Morgagni rapporte de nombreuses variétés de volume et de position.

ALTÉRATIONS ORGANIQUES.

Le squirrhe et le cancer sont des affections malheureusement trop fréquentes. Ces maladies envahissent indistinctement tous les points de l'organe. Lorsque le squirrhe affecte le pylore, tantôt il est borné à cet orifice, tantôt, et c'est le plus ordinairement, il s'étend fort loin au-dessus ou au-dessous de cet orifice. L'ouverture du pylore n'est pas toujours rétréci ; mais le plus souvent elle présente une disposition contraire : à peine quelquefois présente-t-elle deux ou trois lignes de largeur. Le squirrhe peut occuper le pylore et le tiers inférieur de l'estomac de manière à figurer une sorte d'entonnoir, dont le sommet est formé par le pylore. On rencontre quelquefois dans cet entonnoir une espèce de languette, dont une partie, qui est la pointe, va gagner l'orifice cardiaque, en suivant la direction de la petite courbure, tandis que l'autre se perd dans la base de l'entonnoir. Le pylore est, dans quelques cas, tellement rétréci, qu'un liquide versé dans l'estomac ne passe pas dans le duodénum. Le plus ordinairement on peut y faire pénétrer un stylet, une sonde. Le siége constant du squirrhe n'est pas toujours au pourtour de l'orifice pylorique ; la partie postérieure et inférieure du pylore peut être affectée tout aussi-bien que l'orifice ; cependant cet orifice est fermé : qui peut en amener l'occlusion ? la compression exercée par la tumeur ? On trouve quelquefois la moitié du pylore squirrheux, et l'autre moitié saine ; c'est alors qu'on a trouvé constamment le foie adhérent à cette portion squirrheuse. Peut-on raisonnablement conclure de ce fait que la squirrhosité du pylore n'est qu'une suite de l'affection du foie ? La chose paraît fort probable.

Le squirrhe du pylore est souvent ulcéré ; tantôt les bords de l'ulcère sont renversés, tantôt ils sont déprimés. L'ulcère est souvent recouvert d'une matière ichoreuse, noirâtre, extrêmement fétide ;

la surface est mollasse ; les bords et la masse cancéreuse ressemblent parfaitement à la substance du cerveau. L'estomac peut aussi être dirigé de manière que le squirrhe du pylore fasse saillie au bas de la région hypochondriaque droite.

Une femme de quarante-cinq ans vint à l'hôpital Cochin avec des symptômes de squirrhe au pylore ; le lait seul pouvait passer, les alimens un peu solides étaient vomis. Elle mourut le lendemain de son entrée.

Ouverture du cadavre. L'estomac, séparé de l'œsophage et enlevé avec une portion du duodénum, du foie et du pancréas, auxquels il adhérait, est incisé suivant sa grande courbure : je trouvai la circonférence entière de l'orifice pylorique, squirrheuse ; au lieu d'une ouverture ronde, on trouvait une fente assez analogue à l'orifice du col de l'utérus. Cette fente avait à peu près deux lignes et demie à trois lignes de longueur sur une et demie de largeur. Les bords de l'ouverture étaient inégaux. J'incisai, et je trouvai un tissu criant sous le scalpel, d'un blanc mat et ressemblant à du lard.

Un charretier entra à l'hôpital Cochin le 13 avril 1818, avec des vomissemens continuels de substances noirâtres d'une horrible infection. Il mourut le soir même de son entrée.

Ouverture du cadavre. La moitié de l'estomac était squirrheuse ; on trouva çà et là quelques ulcérations peu profondes et recouvertes d'un ichor noirâtre ; mais l'orifice pylorique présentait un ulcère très-large, à bords renversés, à surface mollasse ; il était abreuvé d'un ichor noirâtre et fétide. Outre cette ulcération, je trouvai une perforation occupant une partie de la petite courbure de l'estomac et des faces antérieure et postérieure de ce viscère. Elle avait deux pouces et demi de longueur et dix-huit lignes de largeur ; les bords étaient épais de deux ou trois lignes, détruits à pic, denses, tuméfiés, rouges, et répondaient à la face inférieure du foie.

Squirrhes du corps de l'estomac.

Ils occupent la petite courbure de l'estomac; on voit alors une affection simultanée du pylore; d'autres fois c'est la partie moyenne et inférieure. On rencontre plus rarement l'affection squirrheuse de l'organe entier. Le squirrhe peut acquérir un volume tellement considérable, qu'on trouve quelquefois et très-facilement cette tumeur, pendant la vie, ordinairement dans la région épigastrique. Ces squirrhes sont fréquemment suivis d'ulcération et de perforation. Ces ulcérations répondent souvent aux points contigus au foie, à la rate et au pancréas. Dans quelques cas, on rencontre de véritables tubercules implantés dans les parois de l'estomac. J'en ai rapporté une observation. On observe cette disposition surtout lorsque le foie est tuberculeux.

Squirrhe non ulcéré du corps de l'estomac.

Després semblait avoir une bonne constitution : il avait eu plusieurs maladies vénériennes, et ne paraissait point enclin à la mélancolie. Il y a dix-huit mois, il eut, sans cause connue, une hématémèse abondante. Depuis ce temps ses digestions ont été laborieuses; quelquefois même il rejetait les alimens, surtout le pain. Au commencement du mois de février 1818, il eut une rétention d'urine, occasionnée par un rétrécissement de l'urètre; il entra dans une salle de chirurgie, et il assura qu'on lui mit une chemise humide lorsque son corps était en sueur. Bientôt les jambes s'infiltrèrent, le ventre devint volumineux, la respiration difficile; la toux et une expectoration purulente accompagnèrent les symptômes. Le malade mourut le premier mars, sans avoir vomi.

Ouverture du cadavre. La petite courbure de l'estomac était épaissie et dure, squirrheuse, point d'ulcération; l'orifice pylorique

libre, le péritoine opaque, les intestins rétrécis. Il y avait beaucoup d'eau dans la cavité abdominale.

Squirrhe ulcéré du corps de l'estomac.

Victorine Boulon, couturière, était sujette, depuis sa première menstruation, à des vomissemens. Elle se maria à vingt-un ans, et, pendant sa grossesse, elle n'eut aucun de ces vomissemens. Elle accoucha fort heureusement; mais, pendant ses couches, des femmes, voyant qu'elle n'avait point d'appétit, crurent qu'on pouvait lui donner sans danger du vin, et en quantité. Elle fit un excès, et, dès le lendemain, ses seins s'affaissèrent; elle eut des coliques très-fortes, et des douleurs très-vives à l'épigastre. Les vomissemens parurent et durèrent pendant tout le temps de sa maladie. Elle mourut au bout de six mois dans un état affreux, après avoir vomi une très-grande quantité de matière noire et fétide.

Ouverture du cadavre. Je trouvai la grande courbure de l'estomac adhérente à l'arc du colon. Il y avait, à deux pouces environ du pylore, un large ulcère squirrheux ayant environ quatre pouces de circonférence. La surface interne de l'estomac était recouverte d'une sanie noire, visqueuse, épaisse et tenace. L'orifice pylorique et cardiaque étaient sains.

Observation *sur un cancer cérébriforme de l'estomac, du foie et du pancréas.*

Une femme âgée de cinquante-huit ans, bien constituée, bilieuse, entre le 3 janvier 1817 à l'hôpital Cochin. Sujette depuis plusieurs mois à vomir, le vomissement était devenu si fréquent, qu'elle ne pouvait pas garder, même quelques minutes, les boissons et les alimens. Sa face était amaigrie, jaunâtre, grippée; sa peau sèche et un peu chaude, son pouls petit et fréquent. En palpant l'abdomen, on sentait facilement une tumeur

arrondie, comme pâteuse, un peu renflée à son centre, et à peu de distance de l'anneau ombilical. Cette tumeur s'étendait en haut vers l'épigastre, où elle se perdait en quelque sorte insensiblement. Latéralement, elle semblait se prolonger dans les hypochondres. La tumeur était sensible, surtout au milieu. La malade m'assura que son développement avait été progressif et insensible. Elle n'avait acquis un aussi gros volume que depuis trois mois seulement. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, l'abdomen s'affaissa; elle eut des coliques violentes et répétées, diarrhée, marasme. Mort le 10 janvier 1817.

Ouverture du cadavre. Rien dans la tête; poumons sains.

Abdomen. Il contenait environ une pinte d'un liquide trouble, un peu rougeâtre. La fin de l'iléon, la membrane péritonéale de l'intestin grêle offrait une rougeur ponctuée, et était recouverte d'une fausse membrane. De la région épigastrique on voyait s'élever une tumeur arrondie, adhérente à droite et en haut à la face inférieure du lobe moyen du foie, par un tissu cellulaire assez bien organisé, recouverte en avant par une couche graisseuse, que je reconnus bientôt pour le grand épiploon recourbé de bas en haut sur la face antérieure de l'estomac, à la petite courbure duquel il adhérait supérieurement. L'épiploon enlevé, on découvrit une tumeur inégale, qui semblait être le résultat de plusieurs petites tumeurs de grosseur variable. Le volume de cette tumeur égalait celui des deux poings; elle entourait en quelque sorte le pylore, et se prolongeait le long de la petite courbure de l'estomac, qui était ample, aplatie, presque entièrement logée dans l'hypochondre gauche, descendant beaucoup plus bas que dans l'état naturel. En incisant profondément la tumeur, on y distinguait des masses de matière jaune, comme desséchée et grenue; d'autres, plus blanches et plus humides, ressemblaient, dans quelques endroits, par leur aspect et leur mollesse, à de la matière cérébrale à demi-putréfiée. Dans d'au-

tres endroits, elle était plus ferme, et laissait suinter par la pression, et sous forme de vermisseaux, une matière blanche. Ces masses étaient séparées les unes des autres par des interstices durs et grisâtres, demi-transparens. En ouvrant l'estomac, on voyait la même disposition le long de la petite courbure; et dans le contour de son extrémité droite, à la partie inférieure de l'ouverture pylorique, se présentait une substance putrilagineuse, grisâtre et fétide, dans laquelle les membranes muqueuses et musculaires paraissaient évidemment détruites. Supérieurement, on voyait une petite surface enfoncée, lisse, et assez semblable à l'impression d'un coup de marteau sur une terre molle. Le foie était d'un médiocre volume; il adhérait au diaphragme par une partie de la face supérieure du côté droit. En cet endroit, son tissu était parsemé de plusieurs petites masses blanches, molles; par un grand nombre de petits vaisseaux sanguins très-fins, qui leur donnait un aspect rosé. Le pancréas était rempli d'un grand nombre de petites masses tuberculeuses semblables à celles déjà décrites.

Squirrhe du cardia.

Les squirrhes du cardia peuvent, ou occuper l'orifice cardiaque, ou envahir une portion plus ou moins considérable de la partie supérieure de l'estomac. Ces squirrhes sont fort rares. Je n'en ai point d'exemples. Voici une observation curieuse de *Bonet*, neuvième observation. « En 1570, dit-il, je suis appelé auprès d'une femme qui depuis long-temps était malade. Elle se plaignait d'une très-grande difficulté à avaler, et d'un sentiment de chaleur dans la bouche porté au point de ne pouvoir pas dormir. Elle avait en outre une soif inextinguible. A mesure que la maladie fit des progrès, la faculté même de boire lui fut ravie. Elle vomissait les alimens ou une matière pituiteuse mêlée à de la bile. Ses sœurs avaient été affectées d'une maladie semblable. Elle mourut.

Ouverture du cadavre. On trouva, à l'orifice supérieure de l'estomac, un squirrhe de la grosseur du poing, qui bouchait l'extrémité inférieure de l'œsophage. Le mésentère et le pancréas étaient squirrheux.

Tumeurs fongueuses de l'estomac.

Les tumeurs fongueuses, développées dans la muqueuse gastrique, peuvent, ou acquérir un volume très-considérable, ou être fort petites, pédiculées et roides, et ressembler à des choux-fleurs. Ces tumeurs ulcérées offrent une surface inégale à bords renversés, comme bosselés, recouverts d'une sanie noirâtre et très-fétide. Les tumeurs fongueuses attaquent d'abord la membrane muqueuse; les autres tissus ne sont affectés que consécutivement.

M.me L., d'une constitution frêle, avait eu plusieurs enfans, qu'elle avait élevés elle-même malgré sa faiblesse. Arrivée à cette époque si redoutable pour les femmes, elle eut des pertes rouges continuelles, alternées par des pertes blanches. Dans le cours de sa quarante-quatrième année elle perdit l'appétit, ressentit quelques douleurs erratiques dans l'estomac; ses digestions étaient laborieuses et pénibles, quelquefois même elle vomissait. Elle maigrissait à vue d'œil; son caractère était tout-à-fait mélancolique. Plus inquiète que jamais sur son état, elle consulte: des médecins lui conseillent des amers, d'abord légers, ensuite très-énergiques; elle en fit un long usage, sans obtenir autre chose qu'une augmentation dans ses souffrances. Loin des remèdes et des médecins, elle se retire à la campagne, croyant y trouver plus de tranquillité; mais les accidens devinrent plus pressans, les vomissemens continuels et horriblement fatigans. On trouvait dans ses vomissemens des portions de substances semblables à de la chair putréfiée. Elle mourut après deux années de souffrances horribles. Ses parens consentirent à ce qu'on l'ouvrît, et j'assistai à cette ouverture.

Le foie, le poumon étaient unis ensemble; on découvrit à trois pouces environ de l'orifice cardiaque, qui était sain, une tumeur

parfaitement semblable à un choufleur ; elle pouvait avoir à peu près deux à trois pouces d'épaisseur. On y voyait des branches partir des parties latérales de la tumeur et se rendre jusqu'au pylore. Le bourrelet qui circonscrivait la tumeur dans quelques points était épais et compacte. On rencontrait alternativement à la surface de la tumeur des scissures et des points ulcérés, et une foule de végétations partaient du centre de la tumeur, et s'élevaient à un pouce et demi de hauteur : ces végétations avaient le volume d'un grain de chenevis, d'autres d'un gros pois, d'autres d'une noisette. Le sommet de presque toutes les végétations était ulcéré et versait une sanie jaunâtre, fétide. Dans les scissures qui séparaient les bourgeons fongueux on trouvait une assez grande quantité de cette sanie fétide.

Organisation du squirrhe.

Le squirrhe ne paraît pas organisé de la même manière à toutes les époques de la maladie, *Première époque.* Il paraît d'un blanc mat et uniforme. Ce tissu, examiné de près, offre deux substances parfaitement distinctes ; l'une fibreuse et opaque ; l'autre est ordinairement transparente, et ne paraît point organisée. Les lames qui composent la substance fibreuse forment des cellules irrégulières, où est déposée la matière inorganique, qui est blanchâtre ou tirant un peu sur le blanc : quelquefois cette couleur est légèrement verdâtre, et même un peu rougeâtre ; mais elle est presque toujours luisante, transparente et ferme. *Deuxième époque.* On trouve cette substance transparente ramollie, de manière qu'en raclant le squirrhe on enlève une espèce de bouillie grisâtre, et, par ce moyen, on parvient à la substance lardacée. *Troisième époque.* Lorsque le squirrhe est entièrement ulcéré, on remarque, dans quelques circonstances, une substance fongueuse à bords renversés, inégaux : des liquides tantôt noirâtres ou grisâtres recouvrent la surface de l'ulcère. Outre ces matières, un liquide abondant, noirâtre et fétide recouvre à son tour la surface de l'ulcère.

Les tissus altérés dans le squirrhe sont, les muqueux et musculaires; la membrane péritonéale est presque toujours saine, excepté dans le cas de perforation. *Bayle* considère de cette manière l'organisation des squirrhes. (Voyez journal de MM. *Corvisart, Leroux, Boyer.*)

PRODUCTIONS ET TRANSFORMATIONS ORGANIQUES.

Fausses membranes.

De fausses membranes peuvent se former à la surface interne de l'estomac. M. *Tartra* rapporte que quelques personnes empoisonnées par l'acide nitrique ont rendu par le vomissement et les selles la membrane muqueuse de l'estomac, ou la membrane muqueuse d'une certaine longueur de l'intestin. Un médecin fort recommandable m'assura avoir vu l'exfoliation de la membrane muqueuse de l'estomac dans un cas d'empoisonnement par l'acide sulfurique. Je doute beaucoup de l'exfoliation de la muqueuse. Sans suspecter en aucune manière les connaissances ou la bonne foi de ceux qui rapportent des faits semblables, il me semble à moi (je puis me tromper, mais j'ai pour autorité l'opinion de M. le professeur *Marjolin*), il me semble, dis-je, que ce n'est point la muqueuse de l'estomac qu'on a vu rendre par les vomissemens ou les selles, mais une fausse membrane blanche, homogène, pulpeuse. On ne rencontre dans ces membranes pseudonymes ni valvules, ni papilles, ni nerfs, ni vaisseaux. Au reste, jamais la muqueuse ne peut se détacher sans causer la mort, surtout si on en croit les observations de muqueuse gastrique exfoliée dans la moitié, les trois quarts de son étendue. La preuve, a-t-on dit, que la muqueuse de l'estomac a été détachée, c'est qu'on a ressenti des douleurs très-vives lorsque des boissons chaudes ou froides, même très-douces, ont été ingérées dans l'estomac. Ce phénomène ne pourrait-il s'expliquer sans admettre l'exfoliation de la muqueuse? Je pense le contraire, et voici comment : tant que la mu-

queuse est couverte par la fausse membrane, elle n'est point en contact avec les corps étrangers introduits journellement dans l'estomac, par conséquent elle ne peut être excitée par eux; mais une fois que la fausse membrane a été rejetée au-dehors, les boissons les plus douces, quelle que soit leur température, irritent vivement la muqueuse, qui a perdu l'habitude de leur contact, et qui alors jouit d'une sensibilité très-exaltée; ce qui prouve que les contractions musculaires de l'estomac ont suffi, en excitant une grande secousse, pour séparer ces fausses membranes, c'est qu'on en voit se détacher à la suite de purgatifs assez légers.

Adhérences.

Les adhérences de l'estomac avec les organes environnans doivent être et sont véritablement très-fréquentes; l'inflammation du péritoine, certaines affections propres à l'estomac, au foie, au pancréas, à la rate et aux intestins, amènent en quelque sorte nécessairement ces productions organiques: elles ont souvent empêché l'épanchement d'un abcès du foie, l'épanchement des substances alimentaires dans l'abdomen. Les adhérences peuvent être partielles, c'est-à-dire, une seule partie de l'organe est adhérente, ou bien elles sont générales, ce qu'on rencontre assez souvent; l'estomac fait masse avec les intestins et les autres viscères. J'ai parlé, dans une observation, de ces adhérences générales de l'organe.

On observe deux espèces d'adhérences de l'estomac: les *adhérences couenneuses*, et les *adhérences celluleuses*. Les adhérences celluleuses sont quelquefois fort lâches, et d'autres fois fort serrées, comme je les ai fréquemment rencontrées.

Production organique particulière.

Rosalie Basan, âgée de dix-huit ans, entra le 8 octobre 1818 à l'hôpital Cochin. Cette jeune fille éprouvait depuis quelques mois des douleurs assez vives à l'épigastre, et ses digestions étaient pénibles; souvent il survenait une douleur vive, courte, qui l'obli-

geait à vomir ses alimens. Ses douleurs augmentèrent, ses digestions et sa santé s'altérèrent au point qu'elle se décida à entrer à Cochin. Je la vis dans l'état suivant : sa figure était amaigrie, pâle, ses traits affaissés ; elle avait une douleur très-vive à l'épigastre ; sa langue était rouge sur les bords et à la pointe ; la peau sèche et chaude, fièvre forte, pouls fréquent et serré, vomissemens répétés ; elle était obligée de rendre les boissons les plus douces. Nous crûmes, M. *Bertin* et moi, à l'existence d'une gastrite très-aiguë. Les yeux étaient un peu enfoncés; quelques symptômes nerveux vinrent sur le soir se joindre aux symptômes déjà existans. J'appliquai vingt sangsues à l'épigastre, la saignée fut copieuse ; on appliqua des fomentations, on prescrivit des boissons douces et émulsives. On n'obtint aucune diminution dans les symptômes ; les vomissemens continuèrent, la douleur épigastrique devint quelquefois insupportable. Nouvelle application de sangsues, même résultat. Cet état d'acuité dura à peu près quinze jours, au bout desquels il y eut un peu de baisse dans les symptômes ; mais la figure s'œdématia, les jambes s'infiltrèrent; on découvrit des escharres considérables au sacrum. Cette malheureuse succomba vingt jours après son entrée, le 28 octobre au soir. Soupçonnant une gastrite sur-aiguë, qui avait résisté au traitement le mieux indiqué, je m'empressai de faire l'ouverture du cadavre. Rien dans la tête ni dans le thorax. L'abdomen ouvert, je trouvai la masse intestinale pâle, transparente; fort peu de sérosité dans la cavité abdominale. J'ouvris l'estomac, et j'en trouvai la muqueuse parfaitement pâle, mince et transparente, sans aucune trace d'inflammation ; je découvris, au lieu d'une inflammation, une production ayant la grosseur d'une petite noix, pédiculée, mobile, fermant complètement l'orifice pylorique : je la tirai hors de cet orifice, et je vis que le pédicule était entièrement formé par la muqueuse saine ; le pédicule avait la forme d'une pyramide, dont la base se continuait avec la muqueuse de l'organe, et le sommet venait s'insérer juste au milieu de la production. A la surface de cette production, on ne distinguait pas que

la muqueuse la recouvrît ou l'enveloppât en totalité. La couleur de la production était noire, sa consistance dure, compacte ; on voyait quelques scissures qui la partagaient en petits lobes inégaux. Je n'incisai point, parce que je voulais la conserver ; je crois même qu'on a montré cette production à un professeur de cette école.

Il était sans doute difficile de ne pas prendre pour des signes de gastrite l'ensemble des symptômes énoncés dans l'observation ; cette erreur de diagnostic doit avoir bien rarement une cause de cette nature. Ces sortes de productions doivent se présenter de loin en loin. On dit avoir trouvé à l'Hôtel-Dieu un prolongement de la muqueuse en forme de doigt de gant. Ce prolongement passait par l'orifice du pylore, et le fermait presqu'en totalité.

Productions graisseuses.

Baillie dit qu'on a trouvé des tumeurs graisseuses dans l'estomac. Ce phénomène est fort rare.

Kystes poilus.

Ruisch a vu un kyste trouvé dans l'estomac d'un homme. Ce kyste contenait des cheveux et quelques dents molaires.

ALTÉRATIONS DES PROPRIÉTÉS VITALES.

Augmentation d'action dans le système circulatoire de l'estomac.

EXHALATION SANGUINE.

Hématémèse.

On trouve des observations d'hématémèse dans tous les auteurs, mais on n'en trouve point où l'ouverture du corps ait éclairé le diagnostic.

Une femme nommée Devilla, âgée de quarante ans, entra le 17 avril 1818 à l'hôpital Cochin. Elle eut, immédiatement après la

suppression de ses règles, une hématémèse inquiétante. Lorsque je la vis pour la première fois, elle vomissait le sang à flots. Le sang qu'elle rendait était noir et mêlé de caillots d'un volume assez considérable. Sa figure était triste, ses regards mornes et sombres, ses traits affaissés; la région épigastrique gonflée, excessivement douloureuse au toucher; le vomissement très-considérable, comme je l'ai dit plus haut. J'appliquai tour à tour des sangsues, des vésicatoires, des épithèmes opiacés. On prescrivit des bains chauds. Tous les médicamens administrés à l'intérieur étaient rejetés aussitôt. La malade, fatiguée par les remèdes, fut quelque temps abandonnée à la nature; mais elle succomba bientôt. J'ouvris l'estomac, et je trouvai du sang fluide noir, quelques caillots considérables. Je débarrassai cet organe de toutes les matières qu'il contenait, et je vis la muqueuse noire, les vaisseaux capillaires très-dilatés, mais non rompus; la rate était dure et cartilagineuse. J'ai choisi cette observation parmi un grand nombre que j'ai recueillies sur l'hématémèse; car je n'ai rien trouvé dans quelques-unes de celles qui ont eu la mort pour terminaison.

Les ouvertures cadavériques de ceux qui ont péri d'hématémèse donnent des résultats très-variables, et, dans le plus grand nombre des cas, ne conduisent à aucune donnée certaine sur la nature de la maladie. Lorsqu'une hématémèse très-aïguë et très-grave a emporté le malade en très-peu de jours, on ne trouve, fort ordinairement, aucune trace de l'existence de cette hématémèse. En injectant les troncs des artères gastriques, M. *Portal* a fait parvenir la matière de l'injection jusque dans l'estomac. Le foie s'est offert avec des lésions très-diverses, depuis l'engorgement pure et simple jusqu'à l'état squirrheux prononcé. Le pancréas a présenté, mais très-rarement, des altérations plus ou moins profondes. (Voy. *Hoffmann*, *Morgagni* et M. *Latour*.)

Mélœna.

Le mélœna, *morbus niger* des auteurs, est encore une maladie peu connue : on est fort partagé sur sa nature. Peut-être est-ce du

sang qui a séjourné long-temps dans l'estomac. M. *Mérat* croit que le mélœna est une exhalation sanguine du tube intestinal. Voici les caractères du mélœna, selon cet auteur. Dans le mélœna on a des évacuations alvines, ordinairement chroniques, de matière sanguine noire, due à l'exhalation de la muqueuse intestinale. Dans l'hématémèse on observe des vomissemens de sang, ordinairement aigus, dus à l'exhalation de la muqueuse stomachique.

M. *Portal* rapporte l'observation d'un vomissement noir, marchant d'une manière aiguë, chez une jeune fille âgée de seize ans. Elle eut une fièvre gastrique, et dans le cours de cette maladie survinrent des vomissemens de matière noire. Les signes précurseurs étaient, la langue rouge, le pouls plein, serré et fréquent; l'urine abondante et colorée.

EXALTATION DES PROPRIÉTÉS VITALES.

INFLAMMATION.

1.° *Gastrite aiguë.*

Une jeune fille de vingt ans, pléthorique, brune, entra à l'hôpital Cochin le 1.er décembre 1818, dans l'état suivant: chaleur considérable dans la région épigastrique, qui est en même temps très-douloureuse; anorexie, sécheresse extrême de la bouche et du gosier, engorgement inflammatoire des amygdales, soif, agitation et insomnie; les hypochondres étaient douloureux et tuméfiés, surtout du côté droit; la peau sèche, et le siége d'une chaleur âcre et brûlante; la langue rouge comme du sang et tuméfiée; point de vomissemens; urine rare, d'une odeur forte et avec un sédiment briqueté.

Le second jour de son entrée, la bouche était brûlante, la langue rouge et sèche, éructations répétées, et vomissemens d'abord bilieux, ensuite mêlés de quelques stries sanguinolentes. Le soir du même jour la figure est souffrante, les traits tirés vers le haut de

la figure ; le pouls est petit et misérable, la peau aride, la sueur nulle ; les urines sont rouges et peu abondantes. Troisième jour, augmentation des symptômes, vomissemens continuels, et même des substances les plus douces ; agitation violente, dyspnée ; la malade sort les bras du lit à chaque instant ; elle grince des dents, pousse des cris perçans ; soubresauts dans les tendons ; les yeux sont rouges et injectés. Sur le soir, abattement, résolution des membres, traits grippés, dents couvertes d'un enduit sec et tenace, langue sèche et dure comme du bois, déglutition impossible ; mort à deux heures du matin, quatrième jour de la maladie.

Ouverture du cadavre. Les vaisseaux environnant l'estomac étaient très-développés et gorgés de sang. La muqueuse gastrique offrait un assez grand nombre de rides très-marquées. Cette muqueuse était d'un rouge foncé dans quelques endroits, d'un rouge plus vif dans d'autres. La rougeur était disposée par plaques de trois à quatre pouces d'étendue. C'est surtout vers le cardia que l'inflammation était plus violente. J'incisai la muqueuse, et je trouvai du sang épanché entre les tuniques musculaires et muqueuses. J'isolai le mieux qu'il me fut possible les deux tuniques ; la muqueuse me parut présenter une ou deux lignes d'épaisseur de plus que d'ordinaire ; mais une chose qu'il faut remarquer, c'est que la tunique musculaire était, dans beaucoup d'endroits, d'un rouge très-vif. Au reste, je n'y vis aucune escharre, aucune ulcération. Cette observation offre bien les traits effrayans d'une gastrite aiguë marchant avec la plus grande violence. Je possède encore quelques exemples de gastrite aiguë ; mais je n'en ai point vu où l'inflammation fût aussi franche et marcher d'une manière aussi aiguë. N'oublions pas ici de rappeler qu'il ne faut pas toujours croire qu'il y a eu inflammation toutes les fois que les muqueuses gastrique et intestinale sont rouges, et même très-injectées. Il est certaines maladies où l'on trouve après la mort la muqueuse intestinale d'un rouge très-foncé ; en incisant, le sang sort même avec beaucoup de facilité. Dans les maladies du cœur, dans les phthisies terminées par

la mort, on rencontre très-fréquemment cette disposition. Il me suffira d'en citer quelques exemples pour en avoir une conviction pleine et entière.

Denis Rugelot, âgé de ving-deux ans, présentait les symptômes les mieux prononcés d'une hypertrophie du ventricule gauche. Mais pendant toute sa maladie il n'éprouva ni douleur à l'épigastre, ni colique; point de chaleur plus considérable à ces parties qu'à l'ordinaire; aucun symptôme qui pût faire soupçonner une phlegmasie gastrique ou intestinale. J'apportai une attention d'autant plus grande à la recherche de ces symptômes, qu'on m'avait dit que je m'en laissais sans doute imposer en croyant qu'il n'y avait point de phlegmasie, et que je ne donnais point assez de soin dans l'investigation des symptômes. Il mourut en expectorant une assez grande quantité de sang rouge et écumeux.

Ouverture du cadavre. Les poumons étaient gorgés de sang, compactes et nullement tuberculeux. Le *cœur* était très-volumineux; les parois du ventricule gauche avaient près d'un pouce et demi d'épaisseur.

Abdomen. Quoique je n'eusse constaté aucun signe de phlegmasie, je trouvai pourtant la muqueuse intestinale rouge, mais d'un rouge très-foncé, depuis le cardia jusqu'au rectum; la rougeur était uniformément répandue. Je détachai la muqueuse; je passai l'éponge mouillée sur cette membrane; le sang sortit des capillaires avec facilité; et elle redevint pâle et transparente.

Froque, âgé de quarante-quatre ans, mourut à l'hôpital Cochin, d'une dilatation excessive du ventricule droit du cœur. Je n'observai pendant tout le temps de la maladie aucun symptôme de phlegmasie intestinale; M. *Bertin* lui-même le remarqua. On ouvrit le cadavre, et on trouva, comme dans le cas précédent, la muqueuse rouge, et ressemblant absolument à la couleur du bois de campêche. Mais ce qu'il y a de remarquable dans le cas d'injection de la muqueuse, c'est que cette membrane est uniformément rouge et injectée. Je pourrais encore rapporter d'autres exemples; mais je crois que ces

deux faits suffisent ponr nous convaincre que la rougeur foncée des capillaires de la muqueuse intestinale, observée sur les sujets morts de maladies des organes respiratoires et circulatoires, n'est due qu'à la gêne extrême de la circulation dans les derniers momens de la vie, et à la stase du sang dans les gros vaisseaux, qu'on trouve toujours distendus par beaucoup de sang.

Terminaison de l'inflammation par suppuration.

Quelques auteurs, et entre autres M. *Guersent*, ne croient pas à la terminaison de la gastrite par suppuration, à moins qu'un abcès formé dans les parties environnantes n'ait ensuite perforé la membrane pour s'ouvrir dans la cavité de cet organe. Rien ne démontre cependant l'impossibilité de cette terminaison. Il me semble au contraire avoir rencontré sur quelques ulcérations des muqueuses un véritable pus. Il faut avouer pourtant que, dans beaucoup de cas, ce pus est mêlé à du mucus et autres fluides perspiratoires de l'estomac; ce qui rend nécessairement son existence difficile à constater.

Terminaison de l'inflammation par induration.

Le nommé Pierre Houdin, charretier, âgé de trente ans, entré, le 15 mars 1818, à l'hôpital Cochin pour se faire traiter d'un ulcère à la jambe droite. Il passa bientôt des salles de chirurgie dans celles de médecine. Deux mois auparavant son entrée à l'hôpital, le malade avait eu une gastrite aiguë, qu'on avait traitée par l'émétique et les purgatifs violens. Il guérit à peu près, lorsqu'il eut abandonné le traitement violent qu'on lui faisait suivre; mais, peu de jours après son rétablissement illusoire, tous les soirs il lui survint un peu de frisson, bientôt de la chaleur et de la fièvre, qui duraient toute la nuit. Souvent il éprouvait de l'agitation et de l'insomnie; il avait un dégoût marqué pour les alimens; ses diges-

tions étaient pénibles; il vomissait quelquefois. Il se plaignit, en entrant dans les salles de médecine, d'une douleur transversale à la base de la poitrine; elle augmentait très-peu par la pression. Le malade avait le matin une sorte de régurgitation de liquides glaireux sans saveur, des pesanteurs continuelles et des rapports acides. Peu à peu les symptômes devinrent plus fâcheux; il tomba dans un marasme complet. Souvent là où était la maigreur on voyait alterner un œdème considérable, particulièrement au visage, aux paupières, aux bras, aux jambes, aux pieds. La fièvre hectique et la diarrhée emportèrent bientôt le malade.

Ouverture du cadavre. L'estomac était contracté sur lui-même, rétréci comme un intestin grêle, garni intérieurement de rides nombreuses, épaissi et rougeâtre, avec des plaques irrégulières et presque blanches, d'un tissu plus dur que dans l'état naturel. On voyait au bas-fond de l'estomac, et près du pylore, des ulcérations de trois à quatre lignes de largeur, qui intéressaient la muqueuse seulement; au fond, on apercevait d'autres ulcérations. On trouva la tunique musculaire épaissie et blanchâtre.

ABOLITION DES PROPRIÉTÉS VITALES.

Terminaison de l'inflammation par gangrène.

La gangrène peut-elle être la suite immédiate d'une gastrite aiguë? On ne peut en douter, car les ouvertures de cadavres en offrent de fréquens exemples. Le plus souvent on rencontre la gangrène des tuniques de l'estomac après l'action des corrosifs. *Morgagni*, dans sa lettre trentième, parle d'un homme mort sans doute d'un mélœna, à en juger par les symptômes, comme douleur à l'épigastre et vomissemens de matières noires semblables à de l'encre, qui offrit à l'ouverture de son estomac des plaques gangréneuses très-étendues. On rencontre souvent, surtout dans les empoisonnemens minéraux, des taches noirâtres qu'il ne faut pas

confondre avec des escharres; ce n'est autre chose que du sang épanché entre la muqueuse et la musculeuse.

Voici une observation de gangrène de l'estomac causée par une gastrite aiguë traitée à contre-sens.

Thérèse Bernard, âgée de vingt-quatre ans, d'un tempérament sanguin, grande et forte, vint à l'hôpital Cochin au huitième jour d'une gastrite effrayante. Un soi-disant médecin, la voyant vomir des matières bilieuses, négligea les autres signes, et lui administra trois grains d'émétique en un seul verre, de peur que le médicament manquât son effet : elle eut des vomissemens continuels et violens. Cet ignorant ne fut point encore averti par ces vomissemens formidables d'arrêter sa médecine incendiaire; il purgea la malade et l'instrumenta de telle manière, que cette malheureuse fille n'arriva à Cochin que pour mourir. Lorsque je la vis elle était en syncope; bientôt elle se réveilla pour tomber dans un délire furieux, roideur tétanique des mâchoires, mouvemens convulsifs des membres, sueurs froides. Venait-on à passer la main, même très-légèrement, sur la région épigastrique, la malade grinçait des dents, repoussait la main avec force, et poussait de grands cris. Les régions épigastrique et hypochondriaque étaient tuméfiées. J'appliquai de suite une grande quantité de sangsues à l'épigastre, des sinapismes; mais bientôt ses traits s'affaissèrent, sa figure se décomposa : elle expira le soir même de son entrée.

Ouverture du cadavre. La muqueuse et la musculeuse étaient gangrénées. Je trouvai près du pylore une escharre qui avait la largeur d'une pièce de cinq francs; ensuite j'en trouvai huit ou dix disséminées à la surface interne de l'estomac. La tunique péritonéale seule était saine; il n'existait pas de perforation. En poursuivant mes recherches je trouvai des escharres en grand nombre dans la partie inférieure de l'intestin grêle, et dans le gros intestin, surtout près de la valvule iléo-cœcale.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

II.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Ibid.*, *aph.* 8.

III.

In omni corporis motu, quandò dolor cœperit, interquiescere statim lassitudinem curat. *Sect.* 2, *aph.* 48.

IV.

Si metus et tristitia multò tempore perseverent, melancholicum hoc ipsum. *Sect.* 6, *aph.* 23.

V.

Et qui in rabiem actus furit intrepidè, et nos agnoscit, et neque audit, neque intelligit, jam moribundus est. *Sect.* 8, *aph.* 16.